

Procédé de sécurité d'Hystérectomie totale abdominale suivant la technique d'Aldridge

THÈSE

*Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille*

Le 9 Mars 1954

PAR

Maurice ROLLAND

Né le 28 mai 1926 à Corté (Corse)

*Ancien externe des Hôpitaux de Marseille
Interne des Hôpitaux de Nice*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Examineurs
de la Thèse*

MM. CHOSSON
MOIROUD
LAMY
SERMENT

IMPRIMERIE DON-BOSCO - 40, Place du XV^e-Corps - NICE

1954

Procédé de sécurité d'Hystérectomie totale abdominale suivant la technique d'Aldridge

THÈSE

*Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille*

Le 9 Mars 1954

PAR

Maurice ROLLAND

Né le 28 mai 1926 à Corté (Corse)

Ancien externe des Hôpitaux de Marseille

Interne des Hôpitaux de Nice

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

*Examineurs
de la Thèse*

MM. CHOSSON
MOIROUD
LAMY
SERMENT



PERSONNEL ENSEIGNANT

de la Faculté Mixte de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Doyen : G. MORIN

Assesseur : J. DELPHAUT

Doyen Honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MM. AUBARET, AUDIBERT, BELTRAMI, BREMOND,
GABRIEL, GAUJOUX, HECKENROTH, JOYEUX, OLMER, RIMATTEI,
ROCHE Roger.

Chargé de Cours Honoraire : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : Mlle PERRIN

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	GRISOLI
Anatomie Pathologique	GASTAUT
Bactériologie et Pathologie Générale	BRAHIC
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Chimie Analytique et Hydrologie	ARNOUX
Chimie Médicale	DERRIEN
Chimie	DUMAZERT
Clinique Chirurgicale	FIOLLE
Clinique Chirurgicale	MOIROUD
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique	SALMON
Clinique Chirurgicale Thérapeutique et Chirurgie Expéri- mentale	DE VERNEJOUL
Clinique Dermato-Syphiligraphique	CHARPY
Clinique Exotique	BLANC
Clinique des Maladies du Système Nerveux	POURSINES
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique Médicale	POINSO
Clinique Médicale Thérapeutique	J. OLMER
Clinique des Maladies des Voies Digestives et de la Nutrition	MONGES
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Neuro-Chirurgicale	PAILLAS
Clinique Obstétricale et Gynécologique	CHOSSON
Clinique Ophtalmologique	JAYLE
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histologie	N...
Hygiène et Médecine Préventive	SAUTET
Matière Médicale	BALANSARD

Médecine Légale et Médecine du Travail	MOSINGER
Parasitologie	N...
Pathologie Chirurgicale	CARCASSONNE
Pharmacologie	F. MERCIER
Pharmacie Chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie Galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physique Médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIERI

AGRÉGÉS LIBRES

MM.	MM.
AUDIER	FIGARELLA
BERTHIER	IMBERT
DOR	RECORDIER

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
APPAIX	MARONNEAUD
BERNARD	MONGES Henri
CREMIEUX	OLLIVIER
GRANJON	OURGAUD
HENRY	PAOLI
JOUE	RAYBAUT
LAMY	SERMENT
LAVAL	VAGUE
LENA	

MAITRES DE CONFÉRENCE AGRÉGÉS

MM.	MM.
BOURRET	MOURGUE
DONNET	PICARD
GREBUS	RANQUE
MERCIER Jacques	ROUX

CHARGÉS DES FONCTIONS DE MAITRES DE CONFÉRENCE

	MM.
Anatomie Pathologique	PAYAN
Histologie	STAHL
Botanique et Cryptogamie	BERNARD P.

CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Clinique Urologique	M. CHAUVIN
---------------------------	------------

A MES PARENTS

A MES MAITRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

J.-L. FAURE, dans son traité de Gynécologie, préconisait dans la majorité des cas comme méthode de routine l'Hystérectomie sub-totale qui présentait, disait-il, des avantages nombreux.

« Nous ne comprenons pas que les chirurgiens ne soient unanimes sur ce point... En premier lieu la sub-totale dispense d'ouvrir le vagin et se rapproche ainsi d'une façon plus parfaite des opérations aseptiques, car il est impossible de stériliser avant l'intervention de façon parfaite la muqueuse vaginale.

« Elle met plus sûrement à l'abri des blessures de l'uretère et de la vessie dont la partie postérieure se trouve dénudée dans l'hystérectomie totale, ce qui entraîne souvent des ennuis vésicaux.

« La conservation du col respecte les attaches des ligaments utéro-sacrés, le col reste suspendu au centre du bassin dans sa position normale et la statique pelvienne conserve son intégrité ; il en est de même de la statique vésicale.

« Enfin, elle laisse au vagin sa conformation naturelle et ce n'est pas là une considération négligeable, car on ne peut nier qu'il soit préférable pour une femme d'avoir un vagin avec un fond constitué par un col normal plutôt qu'une cicatrice qui peut rester fragile et douloureuse.

« Mais la grande supériorité de l'hystérectomie sub-totale tient surtout à sa simplicité ; il est beaucoup plus facile de sectionner le col au niveau de l'isthme utérin que de désinsérer le vagin.

« Enfin, l'hémostase de la tranche saignante du vagin désinséré après totale est plus longue, plus délicate, plus incertaine que l'hémostase des utérines après la sub-totale.

« L'hystérectomie sub-totale étant plus simple, moins hémorragique, plus aseptique que l'hystérectomie totale qui produit un délabrement pelvien considérable est aussi moins grave.

« Les suites sont plus régulièrement bonnes, les incidents post-opératoires plus rares. »

Nous avons cité largement J.-L. FAURE, car reprenant ses arguments nous pourrions montrer que ce qui, à son époque, était une technique de choix, peut avantageusement être remplacé aujourd'hui où la rapidité et la prestidigitation ne sont plus les conditions d'une intervention difficile.

Le chirurgien a une responsabilité plus grande quand il laisse le col utérin, cette partie du tractus génital de la femme étant responsable de nombreuses morts. Aujourd'hui encore, malgré tout le côté social et prophylactique, malgré les tests microbiologiques, beaucoup de femmes meurent de cancer du col et parmi celles-ci des femmes ayant subi selon leur propre expression « la totale » (totale par l'exérèse des deux ovaires, mais sub-totale par ce moignon de col restant et dangereux).

Cependant, en les passant rapidement en revue, nous pouvons voir que les techniques classiques d'hystérectomie totale sont critiquables.

Le procédé de DOYEN et le procédé de décollation postérieure de J.-L. FAURE ouvrant le vagin dès le début de l'intervention exposent à des complications septiques. Menée de bas en haut, l'intervention est moins dangereuse pour les uretères, mais le délabrement de la statique est important.

Mené d'une annexe à l'autre, le procédé de KELLY-SEGOND présente les mêmes inconvénients mais rend évidemment des services dans certains cas de salpingo-ovarites adhérentes.

Le procédé classique de MOCQUOT et RUDLER, souvent employé, a, dans une certaine mesure tous les inconvénients reprochés à l'hystérectomie totale : les uretères ne sont jamais à l'abri d'une anomalie de siège, ni d'une lésion au moment de la ligature des utérines, quelque variante de procédé que l'on emploie, le procédé de WIART étant un des plus sûrs. La statique pelvienne est compromise par la section des ligaments utéro-sacrés.

L'hystérectomie sub-totale totalisée de LABEY-FAYOT clive sans hémostase préalable le col après section de l'isthme. Ce procédé facilite parfois une intervention compliquée par le volume de l'utérus mais il est hémorragique, l'hémostase non systématisée se faisant à la demande. La suspension du dôme vaginal n'est pas parfaite même si on solidarise les pédicules utérins à la tranche vaginale selon le procédé de WALTHER.

Nous pensons que l'intervention décrite par ALDRIDGE peut réconcilier les chirurgiens et les gynécologues les plus difficiles avec l'hystérectomie totale. C'est notre opinion à la lumière de notre expérience actuelle qui porte sur 80 cas réunis dans le service et dans la clientèle privée de notre Maître le Docteur DAVEO, gynécologue-accoucheur des Hôpitaux de Nice, qui a adopté presque exclusivement ce procédé d'hystérectomie.

Reprenons les reproches portés par J.-L. FAURE contre la totale et les arguments qu'il apportait en faveur de la sub-totale.

Il qualifiait l'hystérectomie sub-totale d'intervention aseptique : le procès de la cavité close sus-jacente à un col septique dans 50 % des cas (travaux de Michel BECHET et FOSSATI) n'est plus à faire, sans parler des troubles relevant d'une vascularisation précaire du moignon cervical abandonné après ligature des utérines et parfois des rameaux cervicaux.

— La conservation des attaches ligamentaires du col est parfaitement réalisée dans la technique d'ALDRIDGE, qui, justement, respecte le ligament sustentateur péri-cervical et ses moyens de suspension antérieur et postérieur.

— Le vagin, dans cette technique, garde sa conformation normale, sans tendance au prolapsus.

La cicatrice du fond vaginal est linéaire. Nous insistons sur la perfection de ce résultat vaginal, sans raccourcissement ni étranglement profond. Ce résultat nous permet de proposer ce procédé à nos malades jeunes, sachant qu'elles ne sont pas appelées à devenir ainsi des « infirmes du vagin » avec toutes les conséquences conjugales et psychiques que cela comporte.

— Une sécurité est apportée par ce procédé au temps opératoire de libération du col, qui s'effectue en vase clos et permet en restant en dedans d'une zone de protection d'arriver à l'intérieur du vagin sur le col sans jamais avoir tendance ou même possibilité de s'égarer dans les tissus voisins aux organes dangereux (uretères, vessie, rectum).

Dernier reproche porté par J.-L. FAURE : l'hémostase. Dans ce procédé, elle est bien systématisée comme nous le verrons plus loin, et en dehors de quelques cas de lésions en évolution qui en sont une contre-indication formelle, notre champ opératoire a toujours été exsangue.

Enfin, les suites ont été d'une manière générale très satisfaisantes au point de vue thermique, nous pensons que ceci est dû au fait que l'hémostase est parfaite et que nous éliminons la cavité close du col restant.

RAPPEL ANATOMIQUE

- I - Du système suspenseur cervical
 - II - De la partie terminale de l'uretère pelvien chez la femme
 - III - Des lymphatiques du corps utérin
-

Anatomie du système cervical de suspension

Le col représente la partie fixe de l'utérus, la clef de voûte vers laquelle convergent tous les ligaments suspenseurs vrais.

La suppression par hystérectomie totale classique prive les viscères pelviens d'un point d'attache efficace, prédispose au prolapsus.

Sur le col viennent s'insérer, en formant une couche très fine et serrée de tissu connectif qui l'entoure complètement :

— *En arrière :*

La partie postérieure des lames sacro-recto-génito-pubiennes : les ligaments utéro-sacrés.

Ils s'attachent en arrière aux contours des trous sacrés de S2, S3, S4.

Leur bord supérieur est oblique en bas et en avant, et de dehors en dedans, soulevant le péritoine, et subdivisant le Douglas en deux étages.

Leur bord inférieur confine à l'aponévrose pelvienne.

En avant ils semblent s'unir à la face postérieure du col formant le « Torus utérinus ».

En arrière ils se prolongent par les ligaments utéro-lombaires allant au promontoire.

— *Latéralement :*

L'aïlron utérin de la gaine hypogastrique, aponévrose couvrant les vaisseaux condensée à hauteur de l'isthme pour former le paramètre, et étendu de la paroi pelvienne à l'utérus, individualisant un véritable ligament (ligament de Mackenrodt).

— *En avant* :

La partie antérieure des lames sacro-recto-génito-pubiennes forme les ligaments pubo-vésicaux utérins de Farabeuf.

Cet ensemble forme le « Retinaculum Uteri » de Bumm-Martin ou *Ligaments cardinaux de Kock*.

Anatomie de la partie terminale de l'uretère pelvien chez la femme

Dans son segment sous-ligamentaire, l'uretère est en rapport intime avec l'utérine, qui soulève la veine hypogastrique et le surcroise, passant au-dessus de lui et en avant de lui,

soit en X allongé sur 1 cm.,

soit par une boucle flexueuse transversale qui semble l'entourer.

L'uretère est également en rapport avec les branches de l'utérine : des rameaux vesico-vaginaux (branches vésicales pré-uretériques, branches vaginales rétro-uretériques), et l'artère cervico-vaginale qui naît en dedans du croisement.

Topographie du croisement entre l'uretère et l'artère utérine :

— Par rapport à l'utérus : à égale distance de l'isthme et de la paroi latérale du pelvis ; à 15 ou 20 mm. en dehors du col utérin.

Ces rapports sont imprécis car la latéro-position de l'utérus est fréquente.

— Par rapport au cul-de-sac latéral du vagin : à 15 mm. en dehors et au-dessus de lui.

Dans le segment pré-ligamentaire long de 15 à 20 mm., l'uretère chemine dans le tissu cellulaire qui unit le bas-fond vésical et le vagin. Il est en rapport en arrière avec le cul-de-sac latéral puis le cul-de-sac antérieur du vagin qui le sépare de la portion intra-vaginale du col utérin.

Anatomie des lymphatiques du corps utérin

Ils peuvent être répartis en trois pédicules, un principal et deux accessoires.

1° Pédicule principal utéro-ovarien ou lombaire :

Il se compose de quatre à six troncs qui sortent de la paroi au-dessous de la corne utérine. Ils cheminent d'abord de dedans en dehors dans le ligament large, le long de la branche de l'artère utérine jusqu'au hile de l'ovaire, se jettent dans le ligament infundibulo-pelvien avec les lymphatiques pelviens.

Ces conducteurs montent ensuite vers la région lombaire et se terminent au niveau du pôle inférieur du rein :

à droite dans les ganglions latéro-aortiques droits ;

à gauche dans les ganglions latéro-aortiques gauches et pré-aortiques voisins de l'origine de l'artère mésentérique inférieure.

2° Pédicule accessoire transversal ou iliaque externe :

Il se compose de un ou plusieurs canaux se portant transversalement en dehors, et se terminant dans les ganglions de la chaîne moyenne du groupe iliaque externe.

3° Pédicule antérieur du ligament rond :

Il se détache de l'utérus au niveau de l'insertion du ligament qu'il longe ensuite et se jette dans un ganglion inguinal superficiel du groupe supéro-externe.

De plus les lymphatiques du corps sont reliés à ceux du col par des réseaux intra-muraux et par le tronc anastomotique latéro-utérin qui accompagne les flexuosités de l'artère utérine.

Dans le cancer du corps utérin, l'intégrité de l'appareil lymphatique du paramètre est longtemps maintenue, les adénopathies sont tardives et siègent classiquement à la région lombaire.

Contrairement à cette opinion, Leveuf et Godard admettent qu'elles atteignent les mêmes ganglions que dans le cancer du col et notamment le ganglion principal de l'utérus.

EXPOSÉ DE LA TECHNIQUE D'ALDRIDGE

d'après l'article paru dans :

l'American Journal of Obstetrics and Gynecology d'avril 1950

sous le titre : *Complete abdominal Hysterectomy*

Hystérectomie totale abdominale

(Technique simplifiée d'Aldridge)

AVANTAGES DE L'ABLATION DU COL :

1° Evite les complications pelviennes post-opératoires causées par une cervicite chronique.

2° Enlève un carcinome préexistant du col que l'on n'avait pas soupçonné.

3° Prévient les risques de développement d'une tumeur maligne du col.

4° Les symptômes de ménopause post-opératoire seraient relativement moins fréquents et moins sévères que dans l'hystérectomie sub-totale, et les malades s'accommoderaient plus facilement de tels symptômes lorsqu'ils se produisent.

Des études ont montré que 85 % des femmes opérées d'hystérectomie présentent des lésions inflammatoires chroniques du col utérin. Dans un article récent Masson expose sa conviction que la ligature des vaisseaux utérins pendant l'hystérectomie sub-totale, lèse l'apport de sang du col restant, et par là, prédispose au développement d'infections et à une dégénérescence des glandes du col.

Des cols utérins qui semblent normaux au moment de l'intervention occasionnent à la suite d'hystérectomies sub-totales, des troubles tenaces : leucorrhée, douleurs pelviennes, lombalgies, dyspareunies. Ces symptômes sont généralement causés par une inflammation chronique du col utérin conservé. Après l'hystérectomie totale les malades évitent remarquablement tous ces inconvénients.

Les statistiques ont montré que 1 à 2 % de la totalité des femmes peuvent éventuellement présenter un cancer du col utérin.

On a supposé mais non prouvé que les déchirures du post partum mal cicatrisées, et les lésions inflammatoires chroniques du col de l'utérus, prédisposent à des tumeurs malignes. Te Lінде

rapporte que 4 cancers ont été trouvés grâce à l'ablation en série de 300 cols utérins non suspects enlevés lors d'hystérectomie totale, ce qui donne un rapport de plus de 1 %. Au Woman's Hospital 6 à 7 % des cancers du col survenus pendant traitement, prennent naissance sur des cols restant après hystérectomie sub-totale. Certains pouvaient avoir préexistés avant l'hystérectomie, d'autres probablement se sont développés plus tard. Te Linde a fait une publication sur une petite série de cancers non envahissants chez des femmes dont l'âge moyen était de 36 ans, ce qui est 10 ans plus jeune que l'âge moyen habituel de développement de cancer du col. Son expérience lui a suggéré l'hypothèse que chez certaines femmes, le cancer du col pouvait avoir une période de latence de 10 ans avant de se manifester ; l'ablation du col faite au cours d'une hystérectomie dans ces conditions, extirpera un cancer avant toute manifestation clinique.

Par un travail de sélection des chirurgiens ont mis en évidence des procédés qui donnent les meilleurs résultats anatomiques et sont les plus satisfaisants pour les malades. Les gynécologues se sont aperçus qu'après hystérectomie totale les symptômes de ménopause post-opératoire sont moins fréquents et moins sévères et que le temps d'adaptation à ces symptômes est moindre qu'après hystérectomie sub-totale. La fréquence plus grande des troubles de ménopause post-opératoire après hystérectomie sub-totale a été attribuée à une réaction persistante entre hormones ovariennes et endomètre du col utérin conservé.

De notre expérience de l'H. T. nous avons la conviction que les troubles de ménopause post-opératoires peuvent normalement être soulagés par l'administration d'oestrogènes avant l'intervention. Rien plus, la thérapeutique de substitution n'est généralement nécessaire, si toutefois elle l'est, que pour un court laps de temps après l'intervention. Il est agréable de pouvoir assurer aux femmes avant l'hystérectomie que les troubles post-opératoires de ménopause artificielle sont peu probables et peuvent être facilement contrôlés. Du point de vue de la malade, une période post-opératoire relativement dégagée des troubles de ménopause signifie une sérieuse diminution de l'inconfort physique, sans parler du bénéfice psychologique qu'elle retire de la conviction de ne pas avoir été soudain transformée en être asexué.

Convaincus des avantages de l'hystérectomie totale abdominale on s'est efforcé de trouver une technique pouvant être utilisée comme procédé routinier.

Les conditions d'une telle opération sont :

- 1° Être techniquement le plus simple possible.
- 2° Apporter le maximum de garantie contre les lésions de la vessie, des uretères et du rectum.
- 3° Pouvoir être faite en lésant au minimum la disposition des organes au voisinage de la cavité vaginale et leur apport sanguin.
- 4° Laisser le vagin normal quant à sa profondeur et la cavité vaginale bien suspendue et souple.

TECHNIQUE DE L'INTERVENTION D'ALDRIDGE :

C'est une combinaison et une modification de différents procédés précédemment décrits par Worral, Richardson, Manforth, Farrar et Masson. Elle a été utilisée au Woman's Hospital, pour 500 hystérectomies totales chez des femmes qui ont été suivies assez longtemps pour que les résultats finaux soient certains, montrant qu'il s'agit d'un procédé sûr et simple qui peut être utilisé pour l'ablation complète de l'utérus, dans toutes les indications de l'hystérectomie.

Exposé de la technique :

L'intervention débute par une incision de Pfannenstiel ; les étapes primaires effectuées sont les mêmes que pour une hystérectomie sub-totale ordinaire.

Les extrémités immédiates des ligaments ronds, des ligaments utéro-ovariens, des ligaments larges et les trompes de Fallope sont détachées de la surface latérale de l'utérus et, si la chose est indiquée, les trompes et les ovaires sont enlevés. Le pli utéro-vésical du péritoine est incisé, et la vessie n'est déplacée vers le bas que dans la mesure nécessaire, pour une amputation supra-vaginale suffisamment basse du corps utérin.

Les vaisseaux utérins sont pincés, coupés et ligaturés de chaque côté, environ 1 cm. 5 au-dessus de la voûte du vagin. Les fils de ligature sont gardés temporairement pour traction.

Les temps opératoires suivants découlent du fait que l'utérus est soutenu à un niveau normal dans le bassin par les ligaments transversaux du col de l'utérus. Ces structures musculo-fasciales compactes connues sous le nom de ligaments cardinaux ou de Mackenrodt sont situées à la base de chaque ligament large ; ils s'étendent des parois du bassin aux faces latérales du col de l'utérus. Continuant ces ligaments et faisant partie du même système de suspension il existe une couche très fine et serrée de tissu connectif qui entoure complètement la partie inférieure de l'utérus, le col et la cavité vaginale. En déplaçant la vessie vers le bas, on reconnaît rapidement cette structure fasciale formée d'une couche de tissu lisse et luisante sur la face antérieure du col de l'utérus. Sur la surface postérieure du col, elle est recouverte par une couche du péritoine pariétal.

On notera que le péritoine et la couche de fascia décrite ci-dessus doivent être ouverts par une incision superficielle s'étendant entre les deux points où les vaisseaux utérins ont été ligaturés, et juste au-dessus des extrémités voisines des ligaments utéro-sacrés.

On soulève les bords du péritoine incisé et les fascias avec des pinces d'Allis et on sépare la bande de fascia incisée de la surface postérieure du col de l'utérus avec des ciseaux à bout rond et bombé.

Il est à noter que les extrémités voisines des ligaments utéro-sacrés ne sont pas liées et coupées, mais écartées vers l'arrière tandis que la bande de fascia est détachée de la surface postérieure du col de l'utérus. Cette étape technique est parfois utile aussi lorsque le gros intestin est fixé à la surface antérieure d'un cul-de-sac par de fortes adhérences résultant d'inflammation cicatrisée. Dans de tels cas l'intestin adhérent peut être déplacé avec le fascia évitant par là un saignement ennuyeux et le risque de lésions intestinales.

En avant la couche fasciale est incisée de même et séparée de la surface antérieure du col utérin (fig. 1). L'incision est faite au même niveau que celle faite sur la face postérieure du col utérin à environ 2 cm. au-dessus du bord de la vessie déplacée.

Les pédicules latéraux du col de l'utérus sont saisis par une pince de Kocher entre les vaisseaux utérins ligaturés et la surface latérale du col utérin (fig. 2). La mise en place des pinces est facilitée par une traction douce sur les ligatures des utérines, et sur les pinces d'Allis tirant les bords de la bande fasciale. On pratique alors la section de ce pédicule entre la face latérale du col et les pinces et on ligature. Il est à noter que la section et la ligature de ces pédicules s'effectue à l'intérieur de la bande fasciale, où l'on ne risque pas de blesser les organes adjacents et spécialement les uretères.

Après la section de ces pédicules latéraux, le col utérin peut être tiré vers le haut (fig. 3). Il peut être nécessaire avant que le col utérin puisse être désinséré du vagin de pousser la dissection à l'intérieur du fascia. Après avoir désinséré le vagin du col, et enlevé la pièce opératoire, on ferme la tranche vaginale. Les deux points d'angle des culs-de-sac latéraux sont importants du point de vue de la statique future du fond vaginal : ils sont passés à travers la muqueuse vaginale autour des pédicules latéraux du col précédemment ligaturé et ramenés à travers la muqueuse dans le vagin où ils sont noués. (fig. 4.)

Il faut insister sur l'importance de ces points au catgut, qui, d'une part, sont hémostatiques et, d'autre part, procurent un support au vagin en fixant les pédicules latéraux du col à la cavité vaginale.

Deux autres points médians sont passés à travers la muqueuse de la paroi vaginale. Un surjet au catgut O peut être fait d'un point d'angle à l'autre, sa confection est facilitée par une traction sur les fils laissés le long des points d'angle. Dans ce procédé, la cicatrisation du fond vaginal est toujours satisfaisante, un avantage de la technique étant la désinsertion du col utérin de la cavité vaginale, qui amène un minimum de lésions vasculaires. Il semble que ce respect de l'apport sanguin au vagin soit plus important pour la cicatrisation que les techniques diverses de fermeture de la tranche vaginale. Le ligament cardinal est fermé au-dessus de la cavité vaginale par un surjet au catgut chromé O.



COUPE SAGITTALE

1. — Uterus. — 2. Pince d'Allis. — 3. Ligament cardinal. — 4. Vagin.

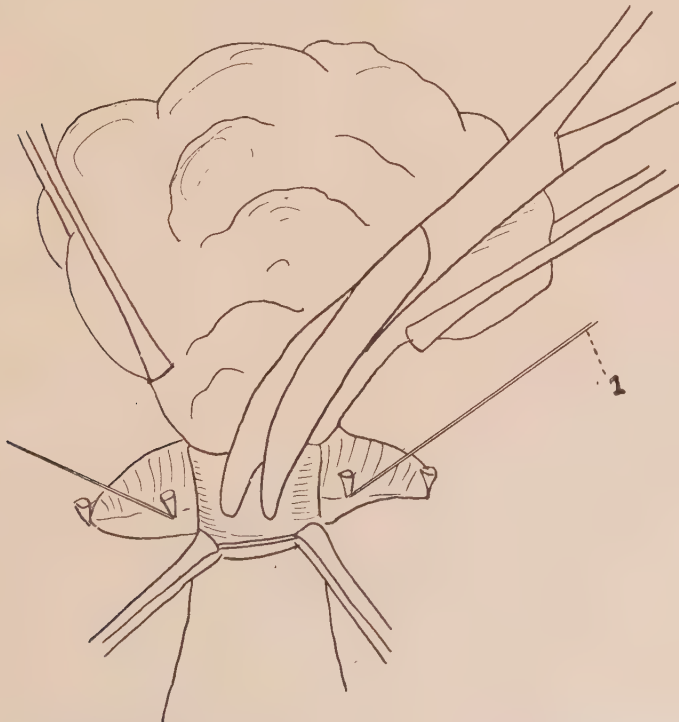


Fig. 1. — La couche fasciale soulevée par des pinces d'Allis est séparée de la surface antérieure du col. — 1. Artère utérine.

Après fermeture du ligament cardinal, les ligaments utéro-sacrés sont dans leur position normale.

On pratique ensuite la péritonisation du petit bassin selon les techniques ordinaires. Le début de la suture sera une bourse enfouissant les pédicules ovariens et poursuivie en surjet jusqu'à la ligne médiane où elle est nouée avec celle du côté opposé.

Les extrémités des ligaments ronds, utéro-ovariens et infundibulo-pelvien ne sont jamais fixés au dôme vaginal comme moyen de support. Un tel procédé est inutile, et risque de troubler l'irrigation des ovaires laissés en place ; de plus, quand les ovaires laissés en place sont attirés vers la ligne médiane, ils ont tendance à tomber dans le Douglas causant des douleurs post-opératoires et une dyspareunie.

Une variante de technique de fermeture vaginale sera employée chez les malades chez lesquelles on craint une tendance au prolapsus.

Les points d'angle sont placés comme précédemment, mais le vagin est fermé par un surjet d'avant en arrière et non plus transversal ; il en est de même pour la fermeture du ligament cardinal.

L'avantage de cette technique réside dans le fait que les pédicules latéraux du col précédemment fixés aux culs-de-sac latéraux du vagin sont mis en contact sur la ligne médiane ; on évite ainsi leur relâchement en assurant un meilleur soutien au dôme vaginal. Elle n'est pas recommandée comme procédé habituel car elle tend à fixer le dôme vaginal et à réduire son élasticité. Les malades chez lesquelles cela se produira se plaindront de dyspareunie par raccourcissement du vagin.

En résumé, les avantages de la technique seront :

1° Une sécurité totale à l'égard de la vessie, des uretères et de l'intestin, du fait de la dissection du col à l'intérieur du ligament cardinal.

2° Une hémostase efficace par ligature dans des zones très accessibles.

3° Une meilleure cicatrisation de la tranche vaginale du fait du traumatisme vasculaire minime.

4° Une bonne suspension du vagin restant fixé aux pédicules latéraux.

Ainsi donc, cette technique permet l'ablation complète de l'utérus en toute sûreté chez toute femme pour laquelle l'indication d'hystérectomie est posée, remplaçant l'indication d'hystérectomie subtotale dans presque tous les cas, à l'exception de ceux où les conditions physiques pré-opératoires le contre-indiquent formellement ou lorsque des accidents per-opératoires contraignent à finir vite.

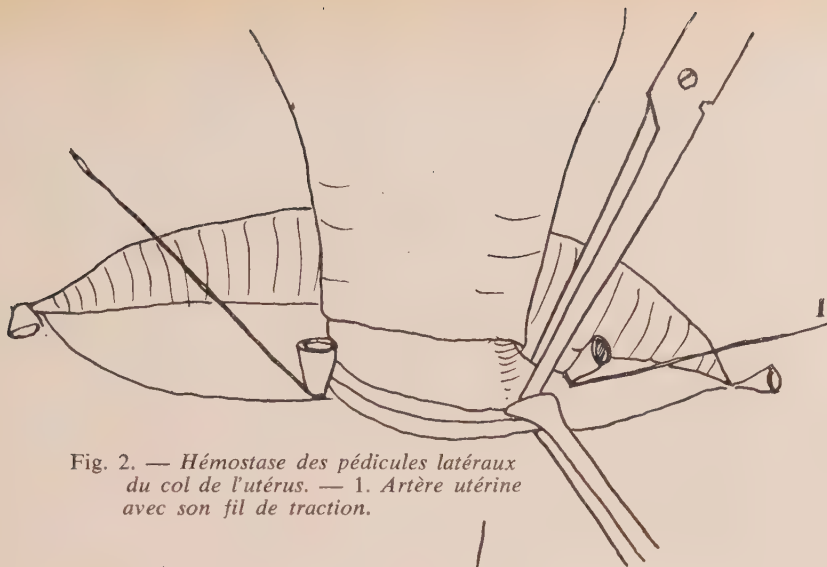


Fig. 2. — Hémostase des pédicules latéraux du col de l'utérus. — 1. Artère utérine avec son fil de traction.



Fig. 3. — Après section des pédicules latéraux du col, celui-ci est tiré vers le haut par une pince d'Allis.

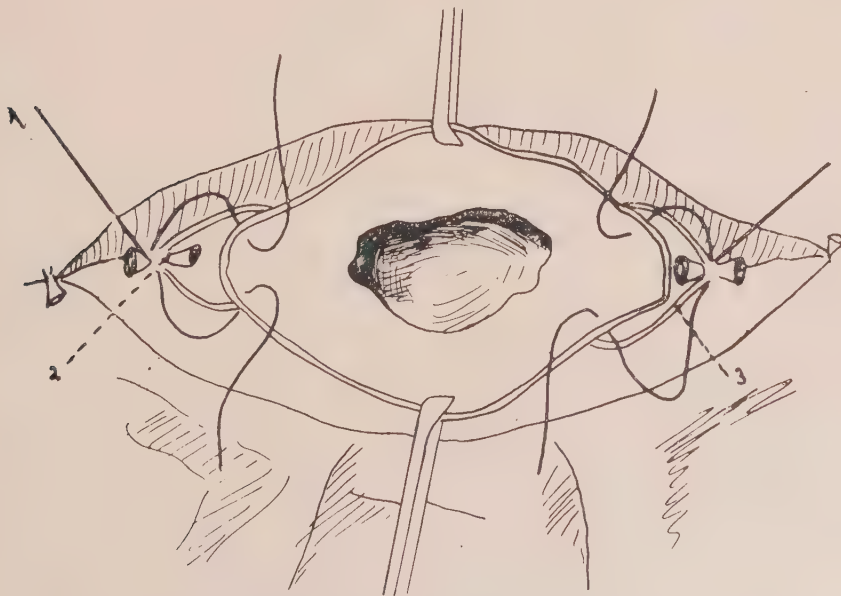


Fig. 4. — Points d'angle de fermeture de la tranche vaginale. — 1. Artère utérine. 2. Vaisseaux cervico-vaginaux. — 3. Ligament cardinal.

Résultats publiés par ALDRIDGE dans son Mémoire

(Mémoire portant sur 500 malades)

— *Interventions antérieures subies :*

Curetages utérins	43
Appendicectomies	52
Interventions abdominales ou vaginales sur les organes pelviens (dont 53 avec appendicectomie)	88

— *Conservation des ovaires :*

Les deux ovaires enlevés	185
Un ovaire gardé	148
Les deux ovaires gardés	167
(Il a été enlevé l'appendice à 278 malades.)	

— *Interventions faites chez des malades présentant des tumeurs malignes :*

— Diagnostic porté avant l'intervention :	
Cancer du corps	7
Cancer de l'ovaire	2
— Diagnostic de malignité porté au moment de l'intervention :	
Cancer du corps	1
Cancer du col non envahissant	3
Cancer de l'ovaire	3

(Les cols utérins enlevés présentaient des lésions inflammatoires chroniques chez 429 malades, soit 85,8 %.)

— *Résumé des complications post-opératoires pour les 500 cas :*

— Infection de l'appareil urinaire	8
— Infection respiratoire	5
— Appareil circulatoire :	
Phlébites	3
Embolies (morts le 9 ^e et le 17 ^e jour)	2
— Appareil digestif :	
Sub-occlusion (interv. avec libération du grêle adhérent)	1
Fistule entéro-vaginale (interv. avec resection du grêle)	1
— Infection pelvienne	4
Plaie infectée	1
Paramétrite	1
Péritonite pelvienne	1
Absès pelvien	1
Morts	2

Il est à remarquer que dans ces complications post-opératoires il n'y a aucune lésion de la vessie et des uretères, aucune fistule post-opératoire de l'appareil urinaire.

Constatacion post-opératoire à distance.

Cicatrisation et soutien de la cavité vaginale.

Granulations de la cavité vaginale dans 81 cas, soit 18 %.

Troubles de ménopause post-opératoire : 138 cas, soit 27 %.

Ces troubles se produisent plus rarement quand il y a eu conservation des ovaires : 1 fois sur 7, contre 1 fois sur 2.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

NOM, AGE	ANNÉE	SCHILLER, BIOPSIE, HYSTÉROGRAPHIE	ANTÉCÉDENTS	INDICATIONS	TRAITEMENT MÉDICAL PRÉ-OPÉRATOIRE
Aq., 38 ans	1951	Schiller négatif	Ovariectomie droite. Doléris	Kyste ovaire gauche	
Si., 46 ans	1951	Schiller négatif		Salpingite Fibrome	
Ma., 50 ans	1951			Fibrome	
La., 42 ans	1951	Schiller négatif		Fibrome très vol.	
Cl., 35 ans	1951	Schiller négatif		Salpingite	Vaccin
Ma., 41 ans	1952	Schiller +		Fibrome	
Ge., 45 ans	1952	Schiller + lèvre ant.	App. aiguë Tumeur blanche du genou	Fibrome	
Fa., 36 ans	1952	Schiller + péri orificiel	Ovariect. dr. App.	Fibrome	
Ma., 43 ans	1952	Schiller +		Fibrome	
Sa., 47 ans	1952		Kyste ovaire droit opéré	Fibrome	Post-hypop.

DIFFICULTÉS TECHNIQUES	VARIATIONS TECHNIQUES	VÉRIFICATION HISTOLOGIQUE	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
Adhérences	Méd. itérative Hystéro Annexect. totale avec kystectomie g. conserv.		Normales	R. A. S.
Adhérences	Méd. Hyst. annexect. tot bilat. drain vaginal		N.	Troubles Ménopause Hormones
	Méd. itérative l'utérus était privé de ses deux annexes Hyst. totale	Myome et lésions inflam.	N.	R. A. S.
Ablation en 2 temps	Pfann. Hyst. tot. bilat.	Fibromyome	N.	R. A. S.
Annexes dr. prolabées adhérentes	Pfann. Hyst. annex. tot. Conserv. ovaire g. Appendicect.		Fébriles	R. A. S.
	Méd. Hyst. annex. tot. bil. Appendicect.	Cervicite	Sub-fébriles	Troubles Ménopause Hormones
	Méd. Hyst. annex. tot. bil.		Normales Oestrogènes	R. A. S.
Adhérences Enclavement Ablation en 2 temps	Méd. Hyst. annex. tot. bil.		Hématome paroi Oestrogènes	R. A. S.
	Méd. Hyst. annex. tot. bil.		Désunion vaginale	R. A. S.
	Méd. Hyst. annex. tot. bil.		N.	R. A. S.

NOM, AGE	ANNÉE	SCHILLER, BIOPSIE, HYSTÉROGRAPHIE	ANTÉCÉDENTS	INDICATIONS	TRAITEMENT MÉDICAL PRÉ-OPÉRATOIRE
Ex., 52 ans	1952			Fibrome	
Mo., 36 ans	1952			Fibrome	
Gi., 45 ans	1952			Fibrome	
Cr., 45 ans	1952			Kyste ovaire inclus	
Ol., 38 ans	1952	Hystérogr. : Polypose endocorporeale Schiller négatif		Métrorragies rebelles	Rayons X Transfusion
Mor., 40 ans	1952	Schiller négatif	Myomectomie Ovariectomie dr Appendicect.	Métrorragies rebelles	
Le., 56 ans	1952	Hystér. : Isthme mal imprégné		Métrorragies ménopause	
Ba., 53 ans	1952			Métrorragies ménopause	
Gi., 54 ans	1952			Néo du corps	Rayons X
Ka., 57 ans	1952	Hystér. : Isthme mal imprégné		Métrorragies ménopause	Hormones mâles

DIFFICULTÉS TECHNIQUES	VARIATIONS TECHNIQUES	VERIFICATION HISTOLOGIQUE	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
Adhérences	Méd. Hyst. annex. tot. bil. Appendicect.	Polype fibreux	Pendant 48 h. : Paralysie radiale par exagération extension bras pend. perfusion	R. A. S.
	Méd. Conservat. ovaire dr. Appendicect.		Pendant 36 h. : Paralysie radiale	R. A. S.
	Méd. Hyst. annex. tot. bil. Appendicect.		Normales	R. A. S.
	Méd. Hyst. annex. tot. bil.		Fébriles D.C.D. embolie	12 ^e jour
	Méd. Hyst. annex. tot. bil.		N.	R. A. S.
	Méd. itérative Hystéro annex. tot. bilat.		N.	R. A. S.
	Méd. Hyst. annex. tot. bil.		Escarre sacrée	R. A. S.
	Pfann. Hyst. annex. tot. bilat. Appendicect.	fibro-myome	Fébriles	R. A. S.
	Méd. Hyst. annex. tot. bil. Ligat. 1 ^{re} trompe et col		Sub-fébriles	Adénopathie inguin. inflamm. (Histol.)
	Méd. Hyst. annex. tot. bil.	Métrite hyperplas. glandul.	Congest. pulm.	R. A. S.

NOM, AGE	ANNÉE	SCHILLER, BIOPSIE, HYSTÉROGRAPHIE	ANTÉCÉDENTS	INDICATIONS	TRAITEMENT MÉDICAL PRÉ-OPÉRATOIRE
De., 48 ans	1952		3 fausses couches	Salpingite Fibrome	
Al., 30 ans	1952	Schiller + lèvre ant. Biopsie : cervicite		Salpingite Fibrome	
Ba., 36 ans	1952		2 fausses couches	Salpingite fibrome	
Sp., 33 ans	1952	Schiller +	-	Salpingite	Tifomycine Pénicilline Vaccin
Br., 33 ans	1952	Schiller + lèvre post. Biopsie : cervicite	Salpingite après accouchement	Salpingite	Tifomycine Pénicilline Vaccin
Ge., 29 ans	1952	Schiller négatif	1 fausse couche	Salpingite	Sulfamides Pénicilline Vaccin
Ma., 40 ans	1952	Schiller + péri orificiel	3 fausses couches	Salpingite	Vaccin
Tr., 43 ans	1952	Ulcère bourgeon. rebelle du col		Fibrome Annexite Col suspect	
Gi., 43 ans	1952	Schiller +		Fibrome Col suspect	
Gi., 51 ans	1952	Schiller + lèvre post. Biopsie : cervicite		Métrorragies rebelles	

DIFFICULTÉS TECHNIQUES	VARIATIONS TECHNIQUES	VÉRIFICATION HISTOLOGIQUE	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
Adhérences annexes au Douglas	Méd. Hyst. annex. tot. bil. Appendicect.		Normales	R. A. S.
	Méd. Hyst. annex. tot. bil. Appendicect.		N.	R. A. S.
	Pfannenstiël : Hystéro annexect tot. bilat. Appendicect.		N.	R. A. S.
Adhérences du sigmoïde Hémorr.	Pfannenstiël : Hystéro annexect tot. bilat. Appendicect.	Métrite hyperpl. Ovarite scléro- kystique	Sub-occlusion	R. A. S.
Adhérences à épiploon	Pfannenstiël : Conservat. ovaire gauche Appendicect.		Sub-fébriles	Granulat. vagin.
	Méd. conservat. ovaire dr. Appendicect. Périnéorraphie Mouchotte		Sub-fébriles	R. A. S.
Adhérences annexes	Méd. Hyst. annex. tot. bil. Appendicect.	Cervicite	Phlébite	Tr. post. phlébit.
	Méd. Hyst. annex. tot. bil.	Col : fibro-myome Eros. glandulaire	N.	R. A. S.
	Méd. conservat. ovaire g. Appendicect.	Hyperplasie adénom. Col	N.	R. A. S.
	Pfannenstiël : Hystéro annexect tot. bilat.		Sub-fébriles	R. A. S.

NOM, AGE	ANNÉE	SCHILLER, BIOPSIE,	ANTÉCÉDENTS	INDICATIONS	TRAITEMENT MÉDICAL PRÉ-OPÉRATOIRE
Ca., 54 ans	1952			Epithélioma du corps	
Ma., 65 ans	1952			Epithélioma du corps	
Be., 49 ans	1952			Epithélioma du corps	
Do., 62 ans	1952		Rétrécissement mitral	Epithélioma du corps	
Za., 64 ans	1952	HYSTÉROGRAPHIE Image lacunaire	Goître Diabète	Epithélioma du corps	
Ne., 53 ans	1952	Biopsie : Papani- colaou : néo. Hystérog. : zone fundique irrégulière		Epithélioma du corps	
Re., 40 ans	1952	Prolan B + apr. môle	Avortement Molaire	Prolan B + après môle	
Ro., 37 ans	1952	Biopsie : Epithél. Cyl. du col.			Radium Rayons X
Ac., 35 ans	1952			Hémorragie incoercible	
Ma., 50 ans	1952			Fibrome Salpingite	

DIFFICULTÉS TECHNIQUES	VARIATIONS TECHNIQUES	VÉRIFICATION HISTOLOGIQUE	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
Tissus friables	Médiane : Hystéro annexect tot. bilat. Ligature 1 ^{re} des trompes et du col	Epithélioma du corps	Normales	R. A. S.
	Méd. Hyst. annex. tot. bil. Ligature 1 ^{re} des trompes et du col	Epithélioma du corps	N.	R. A. S.
	Méd. Hyst. annex. tot. bil. Appendicect. Ligature 1 ^{re} des trompes et du col	Epithélioma du corps glanduliforme	N.	R. A. S.
	Méd. Hyst. annex. tot. bil. Fermeture col et trompes avant l'ablat.	Epithélioma du corps	N.	R. A. S.
Adhérences au sigmoïde	Méd. Hyst. annex. tot. bil. Ligature 1 ^{re} des trompes et du col	Epithélioma adénoïde végétant	D.C.D. le 3 ^e jour accident diabétique	
Tumeur volum. Ablation en 2 temps	Pfannenstiël : Hystéro annexect tot. bilat. Ligature 1 ^{re} des trompes et du col	Epithélioma cylindrique	Sub-fébriles	Rayons X.
Décollement lig. cardinal • très hémorr.	Méd. Hyst. annex. tot. bil.		Sub-fébriles	Prolanb. néant Granulat. cicatr. vag.
Parametrite	Méd. Hyst. annex. tot. bil.	Pas de s. de malignité	N	Troubles Ménopause
	Pfannenstiël : Hystérect. tot. Conservat. des annexes	Rétention placenta acreta	N.	R. A. S.
	Pfannenstiël : Hystéro annexect tot. bilat. Appendicect.		N.	R. A. S.

NOM, AGE	ANNÉE	SCHILLER, BIOPSIE, HYSTÉROGRAPHIE	ANTÉCÉDENTS	INDICATIONS	TRAITEMENT MÉDICAL PRÉ-OPÉATOIRE
Lé., 48 ans	1952	Biopsie : Bourg. suspect, interv. conseillée par biologiste	2 fausses couches	Col suspect Stade O	
Fo., 22 ans	1952	Schiller +	Kyste ovaire dr. Dartigue.	Col suspect Tr. import. Troubles conséc à fixat. ovarite scléro-kystique	
Ch., 38 ans	1952	Schiller +		Col suspect Salpingite Rétroflexion 3° degré	
Gr., 32 ans	1952	Schiller +	Rétréciss. mitral + Insuffis. aortique	Col suspect Fibrome Kyste ovaire dr	
Be., 50 ans	1953			Fibrome	Hormonal
Fr., 55 ans	1953			Fibrome	Hormonal
Da., 63 ans	1953	Papanicolaou suspect		Métrorragies ménopause	
Pi., 38 ans	1953	Schiller négatif		Fibrome Salpingite	Pénicilline
Fu., 31 ans	1953	Schiller négatif Curet. explorat. : Réact. inflam.		Fibrome Salpingite	
Ba., 53 ans	1953	Schiller : O Hystéro suspecte	Stérilité involontaire	Salpingite Fibrome	

DIFFICULTÉS TECHNIQUES	VARIATIONS TECHNIQUES	VÉRIFICATION HISTOLOGIQUE	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
Ligament cardinal friable	Pfannenstiel : Hystéro annexect tot. bilat.	Bénignité	Sub-fébriles	Atrésie vagin
Adhérences	Méd. itérative Hystéro-annexect. tot. bil. Fixat. lig. rond	Ovaires scléro-kystiques	N.	R. A. S.
	Pfannenstiel : Conservat. ovaire dr.	Col : Exocervic. banale	Phlébite	R. A. S.
	Méd. Hyst. annex. tot. bil.	Cervicite ulcérée	Hémorr. mult. et vaginales Electrocoag.	R. A. S.
Désinsertion difficile	Méd. Hyst. annex. tot. bil.		N.	R. A. S.
Adhérences	Méd. Hyst. annex. tot. bil. Appendicect.	Hyperplasie myomat. par stimul. toilié.	Sub-fébriles	Hormonal
	Méd. Hyst. annex. tot. bil.	Bénignité	N.	R. A. S.
Fibrome très volum.	Méd. Hyst. annex. tot. bil. Mickuliz de sécurité	Fibrome en nécrobiose	N.	R. A. S.
	Pfannenstiel : Hystéro annexect tot. bilat Fixat. lig. rond	Mérite glandulaire	N.	R. A. S.
Fibrome multi-nodul.	Méd. Hyst. annex. tot. bil. totale en 2 temps		Infarctus pulm 15* j.	R. A. S.

NOM, AGE	ANNÉE	SCHILLER, BIOPSIE, HYSTÉROGRAPHIE	ANTÉCÉDENTS	INDICATIONS	TRAITEMENT MÉDICAL PRÉ-OPÉRATOIRE
Pi., 46 ans	1953			Fibrome	Transfusion
Ca., 70 ans	1953	Papanicolaou très suspect	Asthme	Leucorrhée post-ménop.	
Es., 25 ans	1953		Annexite Hystéropexie Doléris	Ménométrorragies incoercibles après F. C.	Transfusion
Ta., 27 ans	1953	Schiller + zone aglycogène lèvre ant.		Annexite	
Zu., 40 ans	1953	Schiller +		Fibrome Annexite Col suspect	
Ga., 28 ans	1953	Schiller : O		Fibrome Salpingite	
Bo., 40 ans	1953	Schiller négatif		Fibrome volum.	
Ro., 36 ans	1953			Fibrome Salpingite	
Ma., 52 ans	1953		Kraurosis	Méno- métrorragies après ménop.	
Bo., 32 ans	1953	Biopsie col : Cervicite bourg.		Salpingite Kyste ovaire dr.	

DIFFICULTÉS TECHNIQUES	VARIATIONS TECHNIQUES	VÉRIFICATION HISTOLOGIQUE	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
	Méd. Hyst. annex. tot. bil.		Normales	Désunion de la plaie abd. Reprise
	Méd. Hyst. annex. tot. bil.	Image pré-néopl. du col	N.	R. A. S.
Adhérences annexes g.	Méd. itérative Hystéro- annexect. totale unilat. Conserv. annexes g.	Col : Infiltrat. lympho-plasmoc.	N.	R. A. S.
	Pfannenstiel : Hyst. tot. Conservat. des 2 ovaires Fixat. lig. rond Périnéorraph. à la Mouch.		N.	R. A. S.
Adhérences annexes Diff. hémotase lig. cardinal (évol. subaiguë)	Pfannenstiel : Hystéro annexect tot. bilat. colo-vessie	Lésions inflam.	N.	R. A. S.
Adhérences annexes	Pfannenstiel : Hystéro-annexect. tot.	Endométriose	N.	R. A. S.
	Pfann. Hyst. ann. tot. Conserv. annexes Fixat. lig. rond vagin Kystectomie dr.	Fibro- Myomatose	N.	R. A. S.
	Pfannenstiel : Conservat. ann. g.		N.	R. A. S.
	Méd. Hyst. annex. tot. bil.		N.	R. A. S.
	Pfannenstiel : Hystéro annexect tot. bilat.		N.	N.

NOM, AGE	ANNÉE	SCHILLER, BIOPSIE, HYSTÉROGRAPHIE	ANTÉCÉDENTS	INDICATIONS	TRAITEMENT MÉDICAL PRÉ-OPÉRATOIRE
Be., 51 ans	1953	Biopsie d'un polype du col : lésions de type pré-néoplasique	Colique néphrétique	Métrorragies	Pénicilline
Bel., 42 ans	1953	Schiller négatif		Fibrome	
Am., 39 ans	1953	Schiller négatif	Bacillaire	Fibrome + Annexite	Pénicilline
Co., 39 ans	1953		Myomectomie suivie de radiothérapie	Fibrome	
Do., 41 ans	1953	Schiller + Biops. col. Métaplasie tube glandulaire	1 fausse couche	Annexite Col suspect	
Fa., 46 ans	1953	Schiller + lèvre ant.	R. A. A. Appendicect. Hystéropexie.	Fibrome	Sulfamides Pénicilline
Fou., 56 ans	1953		Mélancolie cyclique	Fibrome	Pénicilline Sulfamides Sédatifs nervins
Fa., 51 ans	1953		Ethylisme	Fibrome	
Mi., 46 ans	1953	Schiller + lèvre ant.	Bacillaire	Fibrome	Transfusions sanguines
Sem., 31 ans	1953	Schiller +	Salpingite	Salpingite	Vaccin Pénicilline Sulfamides

DIFFICULTÉS TECHNIQUES	VARIATIONS TECHNIQUES	VÉRIFICATION HISTOLOGIQUE	SUITES
	Médiane Hystéro Annex. bilat. tot.	Pas de caractère malin	Normales
	Pfannenstiel : Hystéro Annexect. totale Conservat. annexes g. Appendicect.	Fibrome	N.
Adhérences multiples des annexes dr.	Pfannenstiel : Hystéro Annex. bilat. tot. Appendicect.	Fibrome Ovaires scléro- kystiques	Hématome de la paroi Guérison par trait. médical
Adhérences épipl. à la paroi, vessie, utérus	Méd. Hyst. annex. tot. bil		Sub-fébriles
Appendice sous-hépathique	Pfannenstiel : Hystéro Annex. bilat. tot. Appendicect.		SUITES Sub-fébriles
Adhérences colon transv. à l'utérus Ancien Pestalozza	Méd. Hyst. annex. tot. bil. Réplétion de vessie	Fibrome Ovaires scléro- kystiques	Parfaites
Adhérences annexes g. au sigmoïde Péritonisé. délicate	Méd. Hyst. annex. tot. bil. Appendicect.	Fibrome	N.
	Méd. Hyst. annex. tot. bil. Appendicect.	Fibrome	Sub-fébriles suppuration paroi
	Méd. Hyst. annex. tot. bil. Appendicect.	Endométriole	Sub-fébriles
Adhérences	Pfannenstiel : Hystéro annexect. totale Conservat. ovaire g. Appendicect.		Fébriles

NOM, AGE	ANNÉE	SCHILLER, BIOPSIE, Hystérogaphie	ANTÉCÉDENTS	INDICATIONS	TRAITEMENT MÉDICAL PRÉ-OPÉRATOIRE
Se., 29 ans	1953	Schiller négatif	Bacillaire Syphilis	Salpingite	Pénicilline
Sa., 48 ans	1953		Hystéropexie : Doleris Append.	Métrorragies	Pénicilline
Em., 32 ans	1953		1 fausse couche	Salpingite	Pénicilline
Ra., 35 ans	1953		Pyéloneph. gravid. Pér. aménorr. 5 mois	Salpingite Métrorragies	Pénicilline Sulfamides
Ri., 43 ans	1953		2 fausses couches	Métrorragies	Pénicilline Sulfamides
Br., 41 ans	1953			Fibrome	Sulfamides
Ba., 46 ans	1953			Fibrome volum. Annexite	
Ti., 43 ans	1953	Biopsie col : cer- vicate adenomat.	Myomectomie Syphilis	Fibrome important	
Zi., 44 ans	1953		Ovariectomie droite	Fibrome Annexite (algies pelv. marquées)	
De., 35 ans	1953		Poussées inflam. génit. apr. acc. diff. (placenta- prævia). Atrésie cicat. après D.C. irréductible aux calibrages Trichomon.-coli	Salpingite	

DIFFICULTÉS TECHNIQUES	VARIATIONS TECHNIQUES	VÉRIFICATION HISTOLOGIQUE	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
	Pfannenstiel : Hystéro Annex. bilat. tot. Appendicect.	Fibrome utér. Ovaires scléreux	Sub-fébriles	R. A. S.
	Méd. Hyst. annex. tot. bil.	Métrite hyperpl. Ovaires scléreux	Normales	R. A. S.
	Hystéro annexect. tot. Conservat. ovaire dr. Appendicect.		Sub-fébriles	R. A. S.
Adhérences multiples ds petit bassin	Pfannenstiel : Hystéro Annex. bilat. tot. Fixat. des lig. ronds	Corne utér. : cell. décid. Infiltrat. inflam. Vestiges villosit. placentaires	Hyper az. 3° j régress. en 6 j.	R. A. S.
	Méd. Hystérect. totale Conserv. annexes g. on constate G.E.U. dr.		N.	R. A. S.
Adhérences ds tt le pelvis	Pfannenstiel : Hystéro Annex. bilat. tot.	Fibrome	N.	R. A. S.
Adhérences ds toute la rég. pelv. g.	Pfannenstiel : Hystéro Annex. bilat. tot.		N.	R. A. S.
Adhérences du sigmoïde au Douglas	Pfannenstiel : Hystéro Annex. bilat. tot. (itérative)		N.	R. A. S.
Adhér. grêle à face post. utérus Annexes dr. Adh. au Dougl. Adh. épip. à par.	Méd. itérative Hystéro Annex. bilat. tot.		N.	R. A. S.
	Méd. Hyst. annex. tot. bil.		Ulcère jambe ayt. retrocédé ap. interv.	

INDICATIONS

CONSIDERATIONS SUR QUELQUES DETAILS

STATISTIQUES ET RESULTATS

Indications de l'hystérectomie selon le procédé d'ALDRIDGE

L'expérience que nous avons de l'intervention d'Aldridge nous permet de la proposer dans un grand nombre de cas.

Cette technique nous a paru intéressante parce que simple, sûre et peu délabrante.

Elle permet d'enlever l'utérus en entier dans beaucoup de cas où par facilité on posait l'indication d'hystérectomie sub-totale.

Nous pensons pouvoir inclure dans les indications de l'hystérectomie totale la plus grande partie des hystérectomies pour fibromes et salpingite.

Enfin, nous avons opéré un certain nombre de malades pour néoplasmes du corps utérin : soit diagnostiqué de façon sûre, soit fortement suspecté devant des métrorragies de la ménopause (hystérogaphies suspectes ou de parti pris à titre prophylactique). Nous pensons justifier le choix d'une telle intervention, d'une part en raison de la disposition anatomique des lymphatiques du corps utérin, d'autre part du fait du mode de propagation de ce cancer.

La croissance du cancer du corps se fait classiquement dans deux directions :

Du côté de la cavité utérine sous forme de bourgeonnement exubérant ayant tendance à se pédiculiser. Notons ici que l'envahissement massif de la muqueuse dans les cancers du corps s'arrête toujours au niveau de l'orifice supérieur de l'isthme.

La muqueuse du col irritée par les écoulements venant du corps peut présenter des lésions inflammatoires banales, des polypes muqueux ayant d'ailleurs une valeur symptomatique, mais elle n'est pas attaquée par le processus néoplasique.

Mentionnons la forme rare du cancer total envahissant la totalité de la muqueuse utérine qui est un cancer à évolution lente parvenu à un stade très évolué.

Du côté du muscle utérin, le cancer du corps s'infiltré lentement entre les éléments musculaires. Cette évolution est très lente et, fait capital qui l'oppose au cancer du col, elle est avant tout locale à l'intérieur du muscle utérin réalisant au maximum les conditions favorables à une exérèse chirurgicale complète.

Cette évolution in situ de la lésion cancéreuse s'explique en partie par la pauvreté des voies lymphatiques du corps utérin.

A ces deux voies classiques, il nous paraît intéressant du point de vue chirurgical d'ajouter *le reflux trans-tubaire*.

En effet, grâce à des coupes systématiques des cavités tubaires, SAMPSON a mis en évidence à plusieurs reprises des débris néoplasiques libres dans la lumière de la trompe. S'appuyant sur cette constatation et sur ses observations cliniques, il fait une part importante à cette voie de propagation ; bien des cas d'envahissement précoce du péritoine ou des ovaires peuvent être dus à ce mécanisme.

Nous pensons qu'il faut éviter l'intervention d'Aldridge dans toutes les lésions en évolution sub-aiguë, en particulier les salpingites avec ou sans participation pelvi-péritonéale :

Tout d'abord pour éviter les difficultés opératoires tenant à l'hyperhémie inflammatoire qui rend difficile une hémostase rigoureuse au moment du clivage du ligament cardinal et pour éviter de larges surfaces dépéritonisées saignant en nappe après clivage des annexes adhérentes. Il est dans ce cas imprudent de ne laisser aucun drainage vaginal, l'asepsie et l'hémostase étant aléatoires.

Au contraire, on peut fermer sans risque le vagin après hystérectomie totale pour fibrome, salpingite sans adhérences importantes ou même cancer du corps non infecté.

La fermeture immédiate du vagin dans l'hystérectomie abdominale totale a été peu utilisée en France par crainte de cellulite sous-péritonéale et la majorité des chirurgiens pour la sécurité des suites laissent systématiquement un drain au centre du vagin. Ce drainage est préjudiciable à la bonne qualité des suites et à la rapidité de la guérison, bien qu'il s'impose quelquefois devant la septicité des lésions ou l'importance du suintement hémorragique. D'ailleurs l'utilisation moderne des antibiotiques locaux et généraux a permis sans conteste une audace plus grande.

(MENEGAUX préconise actuellement la fermeture vaginale et lui associe de façon systématique l'infiltration du tissu cellulaire pelvien par une solution de pénicilline.) Nous saupoudrons pour notre part sans inconvénient les surfaces cruentées avant péritonisation du petit bassin avec de la pénicilline en poudre. Nous évitons les préparations à base de pénicilline sulfamide et urée qui favorisent sans conteste le suintement sanguin. Sous cette protection antibiotique la fermeture du vagin présente un gros avantage : la simplicité des suites opératoires. Nos résultats rejoignent ceux publiés par MENEGAUX. Le toucher vaginal pratiqué à la sortie montre un fond vaginal souple sans cellulite sous péritonéale.

Les hystérectomies totales drainées restent plus longtemps fébriles car dans les suites opératoires et à cause du drainage une cellulite pelvienne sub-aiguë apparaît de façon régulière se traduisant au toucher par une infiltration des paramètres qui sont tuméfiés. Souvent, un mois après, la collerette vaginale reste indurée et la cicatrisation n'est pas encore accomplie. Il y a lieu d'ajouter à cela l'existence et l'importance des pertes purulentes survenant après la totale drainée.

La fermeture du vagin permet en outre, point important, le lever précoce dès le lendemain de l'intervention. Enfin, à distance, la fermeture immédiate du vagin évite le granulome de cicatrisation secondaire qui peut saigner et s'infecter, demandant à être surveillé longtemps et cautérisé au nitrate.

Considérations sur quelques détails concernant l'intervention d'ALDRIDGE

1° AVANT L'INTERVENTION :

Examens : Ce sont ceux qui doivent être pratiqués avant toute intervention importante.

Examens cliniques (gynécologique et général).

Examens de laboratoire : Sang : Urée, glycémie, formule et numération. Temps de saignement et de coagulation.

Ajouter, pour prévoir une transfusion per-opératoire, la recherche du groupe sanguin et du facteur Rh.

Enfin, automatiquement, taux de prothrombine et test de sensibilité à l'héparine.

Urines : Examen complet.

Soins locaux : Préparation habituelle de l'hystérectomie.

Les trois jours précédant l'intervention, le vagin est détergé avec un antiseptique à base d'acétate phényl mercurique, on y laisse ensuite à demeure une mèche imbibée de solution de pénicilline.

La veille de l'intervention, désinfection de la paroi abdominale et de la vulve.

2° ANESTHESIE - REANIMATION :

Prémédication : 3.277 R.P. + morphine 1 cg. + atropine 1/2 mg.

Anesthésie proprement dite : Sel de sodium de l'acide 5 éthyl 5 (1 méthyl-butyl) thio-barbiturique starter et entretien avec protoxyde d'azote, éther, oxygène, curarisation (à l'ouverture du péritoine et à la demande), intubation trachéale non systématique.

— soit cocktail lytique avec du chlorydrate de l'ester éthylique de l'acide 1 méthyl 4 phényl pipéridine 4 carbonique, du 2987 R.P. et du 4560 R.P. qui a permis une réduction considérable des doses d'éther.

Réanimation : per et post-opératoire suivant l'état de l'opérée :

Transfusion sanguine non systématique (mais constamment sérums avec ou sans novocaïne salé, sucré ou bicarbonaté).

Ces perfusions sont installées dans la saphène interne (avec le minimum de dénudation) pour éviter les troubles de compression du plexus brachial.

3° PENDANT L'INTERVENTION :

Le Docteur DAVEO emploie l'instrumentation banale d'hystérectomie plus quelques instruments spéciaux :

— L'écarteur de O'Sullivan et O'Connor que lui a conseillé Aldridge et qui lui semble irréprochable.

— Des pinces d'Allis pour saisir le ligament cardinal et le vagin désinséré.

— Quatre pinces de J.-L. Faure ou deux clans droits de Palmer pour l'hémostase des pédicules cervicaux.

Les surjets de fermeture du vagin et du ligament cardinal sont faits au catgut chromé O serti sur aiguilles courbes et les surjets de péritonisation au catgut serti O sur aiguilles 35 mm. 4/8 de cercle.

Déroulement de l'intervention :

Les lois de chirurgie générale sont appliquées :

— Traumatisme minime des tissus.

— Evitement des ligatures en masse.

— Hémostase des plus méticuleuses.

L'incision employée est dans la mesure du possible l'incision transversale de Pfannenstiel, qui est adoptée presque exclusivement maintenant. Pour éviter les reflux septiques, le Docteur DAVEO place des clamps, qui d'ailleurs, serviront de tracteur, à l'origine des trompes.

Ces clamps droits prennent à la fois trompes et ligaments ronds et assurent une excellente contre-hémostase.

Dans des cas de cancer du corps ou en cas de pyométrie il est prudent d'effectuer au préalable la fermeture du col par voie vaginale et la ligature des trompes au niveau de leur pavillon. De cette façon et en prohibant toute manœuvre brutale sur le corps utérin, on évitera tout reflux dans le péritoine de liquide septique ou de particules cancéreuses.

Dans de rares cas où le volume de l'utérus pathologique était particulièrement important, s'enclavant dans le petit bassin, nous avons été obligés de pratiquer l'hystérectomie en deux temps dans la même intervention :

soit avec annexectomie première ;

soit avec ablation première du corps utérin avant que soit possible le clivage du ligament cardinal.

Nous avons éprouvé des difficultés pour l'individualisation du ligament cardinal dans 3 cas où le clivage amena un saignement gênant mais temporaire. Il s'agissait dans 2 cas d'hystérectomie pour salpingite où nous avons trouvé des lésions mal refroidies, dans le 3^e cas d'un chorio épithéliome avec ectasie vasculaire. Les difficultés d'individualisation se rencontrent au moment du clivage postérieur, où le bon plan est plus difficile à trouver du fait de la direction oblique de l'isthme utérin à la face postérieure duquel on effectue le clivage.

Le Docteur DAVEO préfère dans les cas où l'on peut craindre un prolapsus, au procédé de suture longitudinale préconisé par Aldridge, inclure les ligaments ronds entre la suture de la tranche vaginale et celle du ligament cardinal.

4° APRES L'INTERVENTION :

Les suites d'une façon générale ont été simples et apyrétiques.

— Nous n'avons observé aucun prolapsus et aucune leucorrhée résiduelle.

— Il n'y a eu aucune fistule urinaire post-opératoire et aucune lésion de la vessie ou des uretères.

— Dans 1 cas, il y a eu désunion de la cicatrice vaginale qui a été traitée médicalement. A distance le résultat vaginal est des plus satisfaisant ; le vagin est parfaitement suspendu et la cicatrice vaginale est souple, grâce à la conservation des ligaments utéro-sacrés.

— Nous avons eu 3 phlébites dans les suites dont 1 avec embolie mortelle malgré un traitement précoce à l'héparine et à l'éthyl-dicoumarol.

Statistique

La statistique que nous présentons a été établie dans le service hospitalier du Docteur DAVEO et dans sa clientèle privée.

Indications :

- 80 malades ont été opérées pour des indications diverses :
- 22 pour Fibromes.
- 13 pour Fibromes et Salpingite.
- 11 pour Salpingite.
- 8 pour Métrorragies de la Ménopause.
- 7 pour Néo du corps utérin.
- 5 pour Métrorragies rebelles.
- 2 pour Salpingite et col suspect.
- 2 pour Annexite, Fibrome et col suspect.
- 2 pour Fibrome et col suspect.
- 2 pour Kyste de l'Ovaire.
- 2 pour Néo du col : stade O.
- 1 pour Salpingite et Métrorragies.
- 1 pour Leucorrhée post-ménopausique et col suspect.
- 1 pour col suspect + troubles importants dus à une fixation utérine antérieure.
- 1 pour Prolan + après môle.

Difficultés techniques :

- Ablation en deux temps du fait du volume utérin : 4 cas.
- Difficulté de clivage du ligament cardinal : 4 cas.
- Désinsertion très difficile du vagin : 1 cas.

Modifications techniques :

- Incision médiane : 53 cas ; de Pfannenstiel : 27 cas.
- Conservation d'un ovaire : 13 cas.
- Conservation des deux ovaires : 3 cas.
- Ligature du col et des trompes premières : 7 cas.
- Fixation des ligaments ronds au dôme vaginal : 6 cas.
- Drainage vaginal : 1 cas.
- Mickulicz de sécurité : 1 cas.

Suites :

- Fébriles : 4 cas.

- Sub-fébriles : 12 cas.
Hématome de la paroi : 4 cas.
Désunion de la plaie de la paroi : 1 cas.
Désunion de la plaie vaginale : 1 cas.
Paralysie radiale : 2 cas : due à la perfusion dans la veine basilique, le bras étant en trop grande extension.
Phlébite du membre inf. : 3 cas.
Embolie pulmonaire : 2 cas (1 décès).
Coma diabétique : 1 cas (décès).
— Sub-occlusion : 1 cas.
— Congestion pulmonaire : 1 cas.
Hyperazotémie dépassant 1 gr. : 1 cas.
— Atrésie du vagin : 1 cas.
— Granulations du fond du vagin : 2 cas.
— Prolapsus : 0.
— Leucorrhée résiduelle : 0.
— Fistule urinaire : 0.
-

CONCLUSIONS

Le procédé d'Hystérectomie totale d'Aldridge présente l'avantage d'être peu dangereux et peu délabrant pour la statique pelvienne.

Son point essentiel consiste, après ligature des utérines comme dans l'Hystérectomie sub-totale, en un clivage entre le col utérin et le ligament cardinal qui l'entoure.

Ce plan de clivage permettant d'aller jusqu'à l'insertion du vagin sur le col.

Les avantages de cette technique sont multiples :

Restant à l'intérieur du ligament cardinal, même pour l'hémostase des branches cervico-vaginales, le chirurgien travaille toujours à distance des organes dangereux : uretères, vessie.

Respectant les insertions des ligaments suspenseurs du col utérin et de l'isthme, il ne détruit pas la statique du vagin comme dans l'Hystérectomie totale classique.

Cette intervention associe les avantages des Hystérectomies totales et sub-totales sans en avoir les inconvénients.

Elle présente un gros intérêt prophylactique, en permettant d'enlever le col utérin, ce qui supprime le risque de cancer sur le col restant, dans la presque totalité des cas où se pose l'indication d'une hystérectomie.

VU ET APPROUVÉ.

Le Président de Thèse,

J. CHOSSON.

VU ET APPROUVÉ.

Le Doyen,

G. MORIN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER.

Aix, le 28 janvier 1954

Le Recteur,

J. BLACHE.

BIBLIOGRAPHIE

- ALDRIDGE. — *Complete Abdominal Hysterectomy* (American Journal of Obstetrics and Gynecology), avril 1950.
- ARRIGHI et CALANDRA. — *Prolapsus génital après hystérectomie* (Prensa médic. Argent.), janvier 1948, 35, n° 1, 44-51.
- BICKEL. — *Prolapsus du vagin consécutif à l'hystérectomie abdominale* (American Journal of Obstetrics and Gynecology), juillet 48, 56, n° 152-159.
- BECLÈRE. — *A propos du cancer développé sur moignon du col après hystérectomie sub-totale* (Bulletin société obstégn.), 1935, 24, n° 6, 372.
- Cl. BECLÈRE et R. LARPENT. — *Pronostic du cancer du corps de l'utérus* (Semaine des Hôpitaux), juillet 1952, 2219.
- BECLÈRE. — *Traitement du cancer du corps utérin. Etat actuel de la question* (Paris médical), mars 1932.
- BLACK. — *Cancer du moignon cervical* (Surgery Gyn. Obst.), mai 1939, 68, n° 5, 898.
- CAMARA. — *Cancer du col restant* (Revue Gyn. Obst.), novembre 1951, 55, n° 5, 702.
- COLLIN. — *Cancer du col restant après hystérectomie sub-totale*, Thèse Nancy 1940.
- Congrès de Gynécologie 1945. — *Méthode tendant à rendre physiologiquement moins mutilante l'hystérectomie.*
- COSBIE. — *Cancer du col après hystérectomie supra-vaginale* (Amer. Jour. Gyn. Obst.), juin 1946, 51, n° 6, 751.
- DAVEO et DESCHAMPS. — *Le dôme vaginal après hystérectomie totale* (Bull. de Féd. Gyn. et Obst.), Tome IV, n° 4, 1952.
- DAVIS. — *Hémorragie du col après hystérectomie sub-totale* (Jour. Amer. Med. Ass.), 6 juillet 1946, 131, n° 10, 816.
- DAUFORTH. — *Americ. Jour. Obst. and Gyn.*, 1941, 42, 587.
- DELSNENY. — *L'hystérectomie dans la cure de certains prolapsus utérins*, Thèse Montpellier, 21-12-43.
- J. FERNANDEZ et COLMIRO. — *Propagation au paramètre et au vagin du cancer du col de l'utérus* (Gyn. et Obst.), 1947, 46, n° 2, 180.
- GODSTEIN. — *Hystérectomie totale intra-ischmique*, Thèse Paris 662, 28 juin 52.
- GRADET. — *Cancer du col restant après hystérectomie sub-totale*, Thèse Nancy, 1943-44.
- HAMILTON. — *Prolapsus consécutif à l'hystérectomie* (Jour. Gyn. Obst. Brit. Emp.), juin 1943, 60, n° 3, 184.
- HENDRICKS Ch.-H. — *Supracervical hysterectomy and carcinoma of the cervix*, J.A.M.A., 12 mai 1951.
- HENRIKSEN. — *Le moignon cervical restant* (Americ. J. O. G.), mars 1939, 37, n° 3, 452.
- HEROLD. — *Est-ce que la possibilité de l'apparition du cancer du moignon cervical justifie l'abandon d'une amputation sus-vaginale de l'utérus*, Z. Gyn. 14 janv. 33, n° 2, p. 108.

- HUNT. — *Indications et avantages de l'hystérectomie abdominale complète au contraire de l'hystérectomie incomplète* (Amer. Jour. Surgery), juin 1946, 71, n° 6, 723.
- HUNTER J.-W. — *Conservation du col de l'utérus dans les opérations pour prolapsus* (Brit. M. J.), nov. 1939, n° 4115, 991.
- HYAMS. — *Prolapsus complet consécutif à l'hystérectomie* (New-York State Jour. Med.), 1^{er} décembre 1948, 48, n° 23, 2581, 2586.
- LABORDE. — *Cancer du col restant après l'hystérectomie sub-totale* (Bulletin Soc. O. G.), 1935, 24, n° 7, 446.
- LAMARQUE. — *Cancer du col restant* (Bulletin Ass. franç. du Cancer), 1943, 31, n° 3, 195.
- LAPEYRE et ESTOR. — *Cancer du col restant après hystérectomie sub-totale* (Bull. Soc. O. G.), 1934, 23, n° 8, 574.
- LEFEBVRE et GOUZI. — *Le cancer du col restant* (Revue France G. O.), avril 37, 32, n° 4, 256.
- LEVITTE. — *Les cancers développés sur col restant*, Thèse Lyon, 36-37.
- MASSON C. — *Considération sur le prolapsus de l'utérus* (Am. J. Surgery), déc. 1940, 605-612.
- MACKENRODT A. — *Archive gynak.* 48, 393, 1895.
- MENEGAUX, J. PERGOLA et COURTOIS-SUFFIF. — *La fermeture immédiate du vagin dans l'hystérectomie abdominale totale* (Mémoires Académie Chirurgie), Tome 78, n° 25-26, Séance 15 octobre 1952.
- MEIGS. — *Cancer du col restant* (Am. J. Gyn. Obs.), février 1936, n° 2, 358.
- MERGER et J. LEVY. — *E. M. C. Gynécologie*, 3^e éd. 7/1949 C. Prolapsus génitaux.
- MILLER et PRÉJEAN. — *Analyses comparatives des hystérectomies abdominales supra-vaginales et vaginales* (Am. J. Obst. Gyn.), octobre 1941, n° 4, 580.
- PALMER. — *Les étapes du diagnostic et le traitement des pré-cancers du museau de tanche* (Revue franç. de Gyn. Obst.), mars 1947, n° 3, 85-93.
- PALMER. — *La technique d'Aldridge par l'hystérectomie totale abdominale* (Revue Gyn. Obst.), 5-6 mai-juin 1951, 169.
- PETYT. — *Le cancer du col après hystérectomie sub-totale*, Thèse Lille, 38-39.
- PONTTINS et ROCHER. — *Le cancer du col restant et de la cicatrice vaginale après hystérectomie sub-totale* (Bull. Ass. franç. du Cancer), 1944, 32, n° 1.
- ROUVIÈRE. — *Anatomie des lymphatiques de l'homme* (Masson).
- SAEGESSER. — *Le cancer du col restant* (Gynécologia), février 47, 23, n° 2 80-107.
- SCHEFFEY. — *Cancer du moignon cervical* (Jour. Am. Med. Ass.), 12 sept. 36, n° 11.
- TESTUT. — *Anatomie descriptive*.
- TYRONE et WEED. — *De la manière de traiter le col dans l'hystérectomie sub-totale* (Am. Jour. Surgery), mars 1943, 59, n° 3, 473.
- ULRICH. — *Accidents du moignon cervical après hystérectomie sub-totale* (Compte rendu Société franç. Gyn. de Paris), 1939, n° 3, 137-141.
- VARA PAAVO. — *A propos du cancer du moignon utérin* (Acta Obstétrica Gyn. Scand.), 1945, 25, suppl., 2, 318.
- VARA PAAVO et O. KINYAYEN. — *Hystérectomie abdominale totale opposée à l'hystérectomie abdominale sub-totale* (Acta Obst. Gyn. Scand.), 1951, 31, suppl.
- VAUVERT. — *Traitement du cancer du corps utérin par hystérectomie abdominale sub-totale* (Bull. Soc. Obst. et Gyn.), 1930, p. 635.
- WAY S. — *Metastase vaginale du cancer du corps utérin* (Jour. Obst. Gyn. Brit. Emp.), août 1951, 58, n° 4, 558.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprise de mes Confrères si j'y manque.
